

児の疾病に起因する母親の不安体験の分析と母親の不安解消への看護介入

An Analysis of Anxious Experiences of Mothers Caused by the Sickness of Their Children and An Approach to Adequate Nursing for the Solution of Their Anxiety

山崎美恵子・今西 一実・森田 芳子

Mieko YAMASAKI, Kazumi IMANISHI and Yosiko MORITA

(昭和56年11月27日受理)

I. 緒 言

1973年、国際看護婦協会において採択され修正を加え今日にいたっている看護婦の規律（看護に適用される倫理的概念）の中に、看護婦の基本的責任は「健康の増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和」であると述べられている。

「患者の苦痛の緩和」とは身体的、精神的に苦痛、不安のない状態のことである。患者を心身共に安楽にしてやることは看護の原則であり、看護の目的の根本をなすものである。

心身は密接な関係があるので、両者を切り離して考えることはむづかしい。また、小児看護の領域においては、入院という出来事が母子に与える心理的影響が大であることや、患児は大人とくに母親の養護を必要とすること、母親の心理は子供の心理に、子供の心理は母親の心理に微妙に影響することなどから、「苦痛の緩和」については、母子を対象に考えていかなければならない。

われわれは、日頃の看護業務において、不安状態にある母親は、子供の心理、成長、発達、養護、教育などに影響を与え、決して、よい結果をもたらしていないことに、度々遭遇する。

母親の不安要因としては、① 子供の病気による身体的苦痛、治療、処置、病気の予後が気になる。② 子供が入院のため、環境が変り順応できるだろうか。③ 付添が必要であれば、残しておく家族の世話はだれがするであろうか。④ 子供が友達や、先生達とはなれて寂しいだろうと思うこと。⑤ 勉強がおくれるのではないだろうか。⑥ 卒業、進学、就職、結婚など将来のこと。⑦ 病気に伴う経済的負担のことなどがある。また、患児の不安要因としては、① 入院生活への適応のこと。② 家族、友達、先生たちが自分を忘れてしまうのではないか。③ 勉強がおくれるのではないか。④ 保育園、幼稚園、学校のこと。⑤ 高学年になると将来に関すること。⑥ 病気の苦痛や、治療、処置、予後に関することなどがあげられる。

このような母と子の不安要因が複雑多岐に相互作用していることは明らかである。

身体的苦痛の緩和への援助は、患者に身体的苦痛があることを看護者が認知したならば、物理的環境を調整したり、排泄や、睡眠への援助、良い姿勢を保つこと、長時間の同一体位をさけることや、安楽にする物品を用いたりして、その援助は比較的楽に実行できるものである。しかし、精神的安楽への援助、その一つである不安への援助となると、患児とその母親の不安を認知すること自体に困難さを痛感するのである。特に予後不良で死に直面している悪性腫瘍疾患児の母親については、精神看護を必要としていることは、よく理解できるが、どの点が援助の焦点であり、どのような援助が必要であり、不安解消が可能なのか、小児看護領域においては明確にされてなく、文献も少ない。

今回は予後不良で死に直面している悪性腫瘍疾患児の母親の不安反応を、その他の疾患児の母親と比較して、患児の母親の苦痛の緩和、特に、不安解消への援助の焦点を明確にしていきたいと考

える。筆者らは不安について、次のように認知しながら、本稿をまとめた。

不安の定義は哲学、精神医学、心理学、社会学など各種の観点から論じられているが、心理学者の論考では、不安は願望や、欲求が満たされなかったときや、ある出来事に対し将来にむけて不吉な予感と漠然とした恐れがあるとき、さらに脅やかしていると思われるものを表現することができない状態にあるとき不安は出現する。

S. Freud, K. Goldstein, K. Horney の不安の論点で共通していることは：不安は漠然とした気がかり (diffuse apprehension) であって、恐怖と不安との間の主な相違は、恐怖の方が特定の危険に対する反応であるのに、不安の方は非特定で“漠然とした”“対象を欠いたものである” (objectless) 点にある¹⁾。また不安の要因と考えられる状態に遭遇したとき：最初は反射的防衛反応を示し、後に脅やかしに対する、漠然とした未分化な情動反応が出てくる。これが不安である²⁾。

M. Lader 理論によれば：不安の際の障害は認識レベルと生理的レベルに分けて考えられるが、不安を裏づける特別の生理的变化はない。要するに、複雑な現象で情動反応群である³⁾。と述べられている。

大山は：不安は、さまざまな外部的刺激状況によって誘発され、大部分は身の回りの出来事によって生じるが、病気や障害に伴う不安は、物理的現象や、対人的、社会的不安と異って、不安の生じる原因は自己の存在である。ゆえに、外部的原因のように遠ざかっていることもできなければ回避することも出来ず、病気は常に自分と一体となって体験される⁴⁾。

これらの論点から、筆者らは、患児の病気に起因する母親の不安は、患児の病気自体は母親からすれば外部的原因かもしれないが、母と子の関係において、母親は母親の本能としてわが子の病気という危機を個人的に把え、自分一人に対処しなければならないと認知するため、母子一体としてとらえる。その上に母親はわが子の病気の苦しみを代ってやることの出来ない、いらだちが加味されると考える。そのため、母親はわが子の病気に起因する脅やかしに対して、未分化な情動不安反応が出現するということを基礎資料とした。

第Ⅱ節では、患児を持つ母親の情動不安反応の出現について分析し、援助の焦点を明確にする。第Ⅲ節では不安解消への看護介入について、小児を対象とする看護者の可能的な援助法についてを論点とする。

Ⅱ. 母親の情動不安反応の分析

A 研究方法

＜調査対象＞ 調査対象者はT病院小児科を受診した患児の母親で、そのうち質問票が回収された315名を分析の対象とした。その年齢構成は第1表のとおりである。

第1表 母親の年齢構成

疾患別 母親群 母親の年齢	悪性腫瘍疾患児 の 母 親		その他の疾患児の母親			
			入院経験が ある 母親		入院経験が ない 母親	
20 才 代	2 人	11.8%	46 人	27.9%	45 人	33.8%
30 才 代	10	58.8	97	58.8	73	54.9
40 ～ 50 才 代	4	23.5	18	10.9	14	10.5
年 令 不 明	1	5.9	4	2.4	1	0.8
計	17	100	165	100	133	100

＜調査項目＞ 調査項目は以下のべる観点から作成し、8項目からなる質問票を用いた。

(1) 子どもの入院に関わる項目（子どもの入院に起因する家族の諸問題、子ども自身の成長・発達に関する諸問題など）。

(2) 母親の情動不安反応に関する項目。

N. Cameron の神経症的不安の外顯的徴候から12項目を選び出したものを、病名確定時と現在とで記入してもらった。その不安反応項目は①頭・頸・肩・腕などの痛み、②指尖・舌・唇・眼瞼などの振顫、③姿勢、表情、発語などの緊張、④食欲不振、嘔気など、⑤下痢など、⑥四肢の冷え、発汗、⑦思考力の欠如、仕事の持続性欠如など、⑧焦燥感、⑨疲労感、⑩眠りは浅く、夢にうなされる、⑪人を避け、緊張を高めるような仕事、場所から逃れたい、⑫動悸の亢進、呼吸困難など、である。

(3) 母親の養育態度に関する項目。

(4) その他。

なお、本稿では、(2)の母親の情動不安反応に関する項目を分析対象とした。

＜調査実施手続＞ 調査実施は質問紙形式による無記名郵送法で実施し、なお母親との面接による資料も一部加えた。調査時期は昭和55年7月から9月にかけてである。

B 結果及び考察

1) 情動不安反応の出現頻度の比較

筆者らは、悪性腫瘍疾患児の母親と、その他の疾患児の母親との比較研究で、病名確定時においても、現在においても、情動不安反応主訴率において差があることを指摘した⁵⁾。すなわち、悪性腫瘍疾患児の母親の場合は、病名確定時には95%以上のものが情動不安反応を示すのに対し、その他の疾患児の母親の場合は60%ないし70%のものが情動不安反応を示した。現在に至っては悪性腫瘍疾患児の母親の場合は70%以上の者が何らかの情動不安反応を示すのに対し、その他の疾患児の母親の場合は30%ないし40%のものが情動不安反応を示した。このように、悪性腫瘍疾患児の場合は情動不安反応消失率がきわめて低く、時間経過と共に複雑に変容していることがわかった。

第2表は、情動不安反応の出現頻度を比較したものである。さらに情動不安反応を身体的反応群と精神的反応群とに分けて分析してみたものが第3表である。身体的反応項目には、①頭・頸・肩・腕の痛み、②指尖、舌、唇などの振顫、③姿勢、表情、発語の緊張、④食欲不振、嘔気など、⑤下痢、⑥四肢の冷え、⑦動悸の亢進、を含め、精神的反応項目には、⑧思考集中力の欠如、仕事の持続性欠如、⑨焦燥感、⑩疲労感、⑪眠りが浅く夢にうなされる、⑫人をさける、を含めた。悪性腫瘍疾患児の母親の場合、病名確定時では身体的反応群が62.8%に対し、精神的反応群が37.2%であり、身体的反応群が多い。しかし、その他の疾患児の母親の場合は身体的反応群が46.5%に対し、精神的反応群が53.5%と悪性腫瘍疾患児の母親にくらべて差が見られない。

悪性腫瘍疾患児の母親の場合、病名確定時には精神的ショックがきわめて大きく、情緒混乱に落ち入る。母親に内在する葛藤は自律神経系に不均衡を生じさせ、下痢、嘔気、動悸の亢進など内臓系諸器官の活動に影響を与える。これらは母親が意識的に調整することは不可能であり、身体的反応が精神的反応より優先するものと考えられる。そして母親は時間経過と共に子どもの病気を受容していき、精神的反応が出現するものと思われる。その他の疾患児の母親の場合は悪性腫瘍疾患児の母親の場合に比べて精神的反応群（53.5%）が身体的反応群（46.5%）より多くみられる。

時間経過からみれば、悪性腫瘍疾患児の母親の場合も、その他の疾患児の母親の場合も身体的反応群の消失率はそれぞれ51.9%、66.5%と大きい。精神的反応群の場合は差がみられ、その他の疾患児の母親の場合（78.5%）にくらべて、悪性腫瘍疾患児の母親の場合の方は消失率がみられな

い。このことは、悪性腫瘍疾患児の母親の場合は、ある精神的反応は消失しても、それにかわって、他の何らかの精神的反応が出現してくるなど複雑に変容していることを意味しているものと考えられる。

第2表 情動不安反応の出現頻度の比較

時間経過 疾患別 母親群	悪性腫瘍疾患児の場合		その他の疾患児の場合	
	病名確定時	現在	病名確定時	現在
病 名 確 定 時	①姿勢 表情 発語の緊張	58.8%	①疲労感	25.6%
	②食欲不振 嘔気	35.3	②焦燥感	23.6
	③眠りは浅く夢にうなされる	29.4	③姿勢 表情 発語の緊張	21.5
	④四肢の冷え	23.5	④食欲不振 嘔気	19.9
	⑤疲労感	23.5	⑤眠りは浅く夢にうなされる	15.2
	⑥頭 頸 肩 腕などの痛み	17.6	⑥頭 頸 肩 腕などの痛み	14.1
	⑦思考力欠如 仕事の持続性の欠如	17.6	⑦思考力欠如 仕事の持続性の欠如	11.8
	⑧指尖 舌 眼瞼などの振顫	11.8	⑧人を選ける	4.7
	⑨焦燥感	11.8	⑨指尖 舌 眼瞼などの振顫	4.7
	⑩人を選ける	11.8	⑩四肢の冷え	4.0
現 在	①疲労感	35.3	①焦燥感	14.1
	②頭 頸 肩 腕の痛み	23.5	②疲労感	13.5
	③焦燥感	23.5	③頭 頸 肩 腕の痛み	12.5
	④眠りは浅く夢にうなされる	23.5	④思考力欠如 仕事の持続性の欠如	5.7
	⑤姿勢 表情 発語の緊張	11.8	⑤四肢の冷え	4.4
	⑥思考力欠如 仕事の持続性の欠如	11.8	⑥眠りは浅く夢にうなされる	3.7
	⑦指尖 舌 眼瞼などの振顫	11.8	⑦姿勢 表情 発語の緊張	2.7
	⑧食欲不振 嘔気	11.8	⑧人を選ける	2.7
	⑨下痢	5.9	⑨食欲不振 嘔気	2.4
	⑩四肢の冷え	5.9	⑩動悸の亢進	1.3

第3表 情動不安反応群の比率及び消失率

疾患別母親群	時間経過		現在	情動不安反応 消失率*
	情動不安反応	病名確定時		
悪性腫瘍疾患 児をもつ母親	身体的反応	62.8%	44.8%	51.9%
	精神的反応	37.2	55.2	0
その他の疾患 児をもつ母親	身体的反応	46.5	37.2	66.5
	精神的反応	53.5	62.8	78.5

* $100 - \frac{\text{現在}}{\text{病名確定時}} \times 100$

2) 年令と情動不安反応

第4表から第6表までは、母親の年令と情動不安反応との関係を身体的反応群と精神的反応群とに分けて表わしたものである。悪性腫瘍疾患児の母親の場合はどの年令においても病名確定時では精神的反応群より身体的反応群の方が多くみられ、そして現在に至ると身体的反応群は消失していく傾向にある反面、精神的反応群は消失傾向はみられない(第4表)。

入院経験をもつ母親の場合(第5表)も、入院経験をもたない母親の場合(第6表)も、どの年令においても身体的反応より精神的反応の方が多い。しかも病名確定時においても、現在においてもその傾向がみられる。また消失率においては身体的反応より精神的反応の方が低い。

第4表 年令と情動不安反応—悪性腫瘍疾患児の母親—

情動不安反応主訴数		身体的反応		精神的反応		無 回 答	
母親の年令	時間経過						
20 才 代 N=2	病名確定時	3	60 %	2	40 %	0	0 %
	現 在	0	0	1	50	1	50
30 才 代 N=10	病名確定時	17	60.7	10	35.7	1	3.6
	現 在	10	45.5	10	45.5	2	9.0
40～50才代 N=4	病名確定時	6	60	4	40	0	0
	現 在	3	37.5	5	62.5	0	0
年 令 不 明 N=1	病名確定時	1	100	0	0	0	0
	現 在	0	0	0	0	1	100
合 計	病名確定時	27	61.4	16	36.4	1	2.2
	現 在	13	39.4	16	48.5	4	12.1

第5表 年令と情動不安反応—入院経験のある母親—

情動不安反応主訴数		身体的反応		精神的反応		無 回 答	
母親の年令	時間経過						
20 才 代 N=46	病名確定時	47	43.1 %	51	46.8 %	11	10.1 %
	現 在	10	17.5	17	29.8	30	52.8
30 才 代 N=97	病名確定時	81	42.0	84	43.5	28	14.5
	現 在	25	19.3	39	30.2	65	50.3
40～50才代 N=18	病名確定時	12	34.8	14	42.4	7	21.2
	現 在	5	22.7	8	33.4	9	40.9
年 令 不 明 N=4	病名確定時	1	25.0	2	50.0	1	25.0
	現 在	0	0	3	60.0	2	40.0
合 計	病名確定時	141	41.6	151	44.5	47	13.9
	現 在	40	18.9	67	31.1	106	50.0

第6表 年令と情動不安反応—入院経験のない母親—

情動不安反応主訴数		身体的反応		精神的反応		無 回 答	
母親の年令	時間の経過						
20 才 代 N=44	病名確定時	24	28.6%	43	51.2%	17	20.2%
	現 在	15	23.8	17	27.0	31	49.2
30 才 代 N=73	病名確定時	33	32.0	38	36.9	32	31.1
	現 在	15	16.3	22	23.9	55	59.8
40～50才代 N=15	病名確定時	11	45.8	8	33.3	5	20.8
	現 在	0	0	12	63.2	7	36.8
年 令 不 明 N=1	病名確定時	0	0	0	0	1	100
	現 在	0	0	0	0	1	100
合 計	病名確定時	68	32.1	89	42.0	55	25.9
	現 在	30	17.1	51	29.1	94	53.8

3) 児の疾病罹患日数と母親の情動不安反応

第1図は、児の疾病罹患日数と母親の情動不安反応との関係をあらわしたものである。罹患日数を長期療養を1つの基準として、①50日以内、②51日から6ヶ月、③7ヶ月から1年、④1年以上、に分けて分析した。悪性腫瘍疾患児の母親の場合、児の疾病罹患日数にかかわらず精神的反応の消失率はきわめて低い。入院経験をもつ母親の場合も、入院経験をもたない母親の場合も、罹患日数が1年以上になってくると、情動不安反応の消失率は低くなっていくことがうかがわれる。疾病のいかににかかわらず、症状が長期化すれば不安反応の消失率は低く、不安の増大を思わせる。

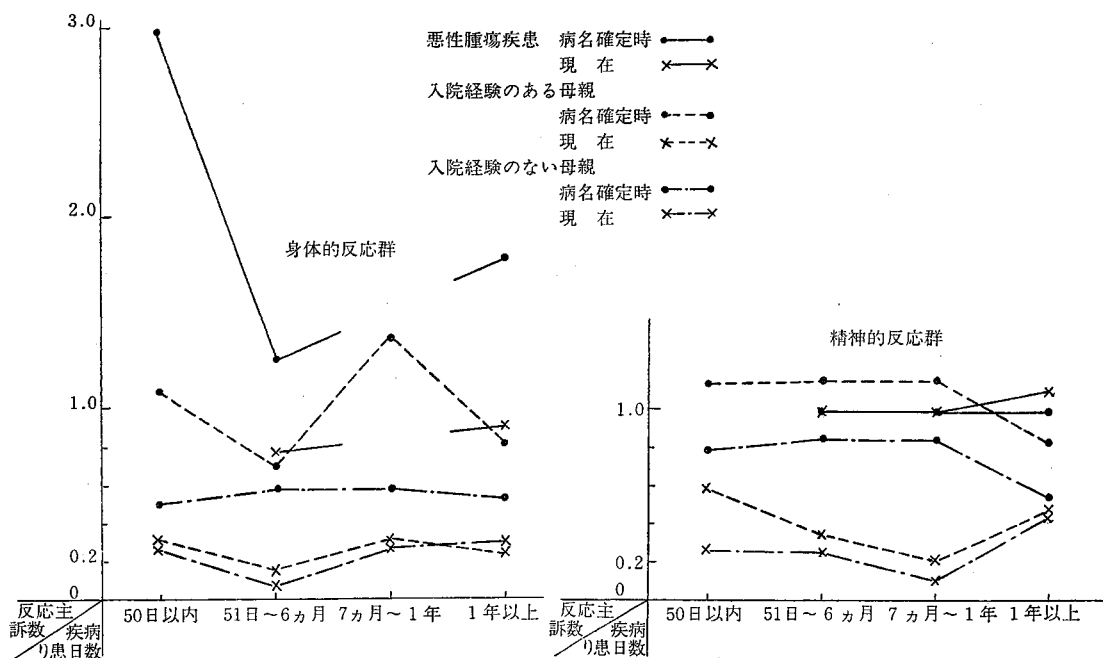


図1 児の疾病罹患日数と一母親の情動不安反応主訴数

4) 疾病に関する情報と情動不安反応

第7表は、児の疾患についての情報と情動不安反応との関係をあらわしたものである。われわれは病気になれば病気についての知識を得たいと努力する。多くの情報源から疾病について情報を得るとマイナスの相乗作用を起こしやすく、不安を増大させる側面もある。悪性腫瘍疾患児の母親が医師から説明を受けたり、医学書で調べたり、同じ疾病の家族から病気に関する知識を得た場合、その傾向がうかがわれ、一母親の身体的反応主訴数は1.29→0.57、精神的反応主訴数は0.86→1.14となっている(第7表)。

われわれは、いわゆる耳学問といわれるごとく、医療従事者以外から疾病についての情報を得る機会が多い。すなわち同病者及びその家族、各種医学書、病院職員で医療従事者以外の人(給食婦、雑役婦など)など種々ある。患児をもつ母親にとってみれば、これらから得る疾病に関する情報は、親自身の判断枠組みの中で把らえやすく、親自身の都合のよいように解釈しがちである。したがって母親はより正しい方向での多くの情報を得ることが出来ればプラスの相乗作用を起こし、不安解消への動機が高まるものと思われる。

第7表 疾病に関する知識の収集と一母親の情動不安反応主訴数

疾病に関する 知識の情報源	一母親の情動不安 反応主訴数 時間経過	悪性腫瘍疾患児の母親		入院経験がある母親	
		身体的反応	精神的反応	身体的反応	精神的反応
○医師の説明	病名確定時	1.5	1	0.77	0.79
	現在	1	0.75	0.26	0.34
○医師の説明	病名確定時	2.2	1.2	1.02	0.87
○医学書で調べた	現在	1	1	0.24	0.35
○医師の説明 ○同じ病気の家族 から聞く	病名確定時	1	0	0.57	0.90
	現在	0	0	0.24	0.52
○医師の説明 ○医学書で調べた ○同じ病気の家族 から聞く	病名確定時	1.29	0.86	1.04	1.36
	現在	0.57	1.14	0.2	0.6

5) 基本的欲求と情動不安反応

第8表、第9表は、基本的欲求と情動不安反応との関係をあらわしたものである。悪性腫瘍疾患児の母親の場合、「基本的欲求がみたされない」と訴える母親は、身体的反応群では、時間経過でみると71.2%の消失率がみられ、精神的反応群では消失率はみられない。「基本的欲求がみたされない」と訴えない母親の場合には、身体的反応群では38.6%の消失率がみられ、精神的反応群では、むしろ、増加傾向がみられる。「基本的欲求がみたされない」と訴える母親と、訴えない母親を比較した場合、情動不安反応群の消失に差がみられ、訴える母親の消失率は45.5%であるのに対し、訴えない母親の場合の消失率は16.4%で、ほとんど消失していない。その他の疾患児をもつ母親の場合で、「基本的欲求がみたされない」と訴える母親と訴えない母親との比較では、情動不安反応群の消失率はそれぞれ、67.5%と63.7%とともに大きい(第9表)。

第8表 基本的欲求と情動不安反応主訴数

情動不安反応主訴数			身体的反応		精神的反応		無 回 答	
基本的欲求	時間経過	疾患別						
「ひとと訴え、基本的欲求がない母親が」	病 名 確 定 時	悪性腫瘍疾患(N = 6)	14	64%	8	36%	0	0%
		その他の疾患(N = 37)	42	45	50	53	2	2
	現 在	悪性腫瘍疾患	4	31	8	62	1	8
		その他の疾患	10	20	20	40	20	40
「ひとと訴え、基本的欲求がない母親が」	病 名 確 定 時	悪性腫瘍疾患(N = 8)	13	68	5	26	1	5
		その他の疾患(N = 113)	95	42	95	42	36	16
	現 在	悪性腫瘍疾患	8	47	7	41	2	12
		その他の疾患	30	21	39	27	76	52
無 回 答	病 名 確 定 時	悪性腫瘍疾患(N = 3)	0	0	3	100	0	0
		その他の疾患(N = 5)	4	21	6	32	9	47
	現 在	悪性腫瘍疾患	1	33	1	33	1	34
		その他の疾患	0	0	8	44	10	56

第9表 基本的欲求と情動不安反応の消失率

消失率		情動不安反応 の消 失 率	身体的反応の 消 失 率	精神的反応 の消 失 率
基本的 欲求	疾患別			
「基本的欲求が 満たされない」 と訴える母親	悪性腫瘍 疾 患	45.5 %	71.2 %	0 %
	その他の 疾 患	67.5	76.3	60.0
「基本的欲求が 満たされない」 と訴えない母親	悪性腫瘍 疾 患	16.4	38.6	-39.7
	その他の 疾 患	63.7	67.9	58.3

患児の基本的欲求（正常に呼吸する、適切な飲食をする、あらゆる排泄機能から排泄する、体を動かし適切な姿勢をとる、睡眠し休息する⁷⁾など）が満たされず、症状が不安定状態で、重症の域にある場合には、親は親自身の欲求（食事、睡眠、清潔、性など）をみたそうとは考えず、逆に患児の基本的欲求が満たされ、症状が安定してくれば、親は親自身の欲求充足へと変っていく。このことは「基本的欲求が満たされない」と訴えない母親で情動不安反応の主訴が多い母親は、種々の葛藤が内在していると思われ、この側面の分析、援助法は今後の課題としたい。

Ⅲ. 母親の不安解消への看護介入

第Ⅱ節では、患児を持つ母親に情動不安反応が複雑に出現することがわかった。ことに悪性腫瘍

疾患児の母親が、その他の疾患児の母親に比べて、その不安反応主訴率が高いことがわかった。

悪性腫瘍は、心臓病、糖尿病のように安静や食事療法などとしても、病気の進行を変えることは出来なく、死に直面しているゆえに、患児やその家族は、感情のバランスを失って動揺し、不安のなかでも、もっとも激しいもの、深刻なものであることがわかる。また、生命の限界について話すことが、現代社会ではタブーとされるために、脅威は内在しやすい。

筆者らは、臨床場面で悪性腫瘍疾患児の母親、その他の疾患児の母親でも不安が強い場合には、2つのタイプがあることに遭遇する。その1つは、子供が予後不良の病気にかかったのは運命や宿命と感じとり、直面している現実を忘れ、不安をとり除こうとして、第三者からみれば、その活動性が強迫的行動になっていく母親のタイプと、もう1つのタイプは、やがて向えようとする死を現実的に受けとめ、残された子供の命のあるかぎり、母親として、どうかかわっていくかを常に考え行動する母親とがある。勿論、この両タイプの中間もある。

Rollo May の理論によると、1のタイプの母親は：不安の原因である葛藤を解決しないで不安を和らげ、不安を避けようとする。言いかえると危険を解決するよりもむしろ危険を回避しようとする。不安を避けることは、相対的にみて“正常”とよぶことができるが、その達成は一時的である。一時的不安回避は新しい真実の発見可能性を犠牲にし、新しい学習の排除、新しい状況への適応能力の成長を阻止することによって達成されるものである。また、自分自身の自我実現の可能性と、他人とのコミュニケーション可能性を放棄することが、不安を避けようとする努力の本質的な要素であり、この不安回避は、消極的方法である⁸⁾。2のタイプの母親は：自我の分解という脅やかしに結びついたこの不安に勇敢に建設的にぶちあたり、この不安を克服できるならば実際結果として物とは違う、非存在とは異なる自我であるという体験を強めることになり、神経症的不安へまで発展する抑圧や縮少を避けられ、積極的不安処理法である⁹⁾。と説明されている。

不安におののく母親の姿は、患児にとっては不思議でたまらないだろう。子供は大人よりも、もっと敏感であり、嘘を簡単に見ぬいてしまうので母親の否定的感情を患児に移してはならないし、絶体、正直でなければならない。また、母親の対応の仕方は患児の生命の延長に大きな役割を果たすかもしれない。

筆者らは、患者の母親に望むこととして、母と子のつながりの中で、母親は患児の心に入りこみ、患児がもっている病気への恐怖感や、死への強迫感を発散させてしまう最善の人であってほしいと願う。それゆえに、看護者の役割は、母親の不安を緩和することと、母親自身が建設的な行動をもって不安を処理することができるよう援助することである。母親の不安解消に看護者として実行可能な具体的方法をあげてみると、次のようになる。

1) 看護者は母親に情動不安反応があることを認知する。

第Ⅱ節の分析の結果、わが子が病気になると母親に情動不安反応群が出現することがわかった。それらは母親の年令、児の疾病罹患日数、疾患に関する情報収集などと微妙に相関していることがわかった。

これらの反応群は、第Ⅰ節で述べた、さまざまな不安要因を母親がもちながら、患児の精神的、身体的な状態を維持しようと努めたり、死への恐怖を表に現わさず、それと闘う決心をして、うろたえることを避け、感情を抑えたり、かくしたりする結果出現するということ、それゆえに、母親は患児との関係で多くの葛藤を未解決のまま残す状態にあるということを看護者は認知しなければならない。

また、精神的身体的反応群は、母親が患児の病気に対する自己防衛反応として、当然出現するものであるから、看護者はそれらを受容し尊重しなければならない。

2) 母親とのコミュニケーションを高め、母親にカウンセリングの機会を与える。

とりわけ、病気が絶望的になった時には、いつの時点で援助し、なぐさめが必要かを看護者は察知しなければならないのは当然であるが、母親が自分自身をコントロールできなくなったことを示す情動不安反応が出現する時期、つまり、病名確定時や、発病から1年以上を経過しても、病気の回復への兆しがみられない場合に、情動不安反応群の出現率が高く、その消失率が低いことから、母親に内在する葛藤があり、不安が高くなっていることを認知し、カウンセリングの機会を積極的にもち、母親が恐れていること、脅やかされていることを、はっきり表現できるようにする。そのためには、平生からのコミュニケーションを円滑にする努力が大切である。

母親と医療従事者との対応で、治療、看護、養護などで、意見のくいちがいがあると、それもまた、母親の不安要因の1つになるので、患児にかかわる医療従事者全員による、ディスカッションを前もってしておくべきである。

また、悪性腫瘍など、予後不良で致命的な病気の場合、病名確定時に、情動不安反応群の出現率が高いことは、医師と患児の両親との関係で診断名の告げ方が大きく左右していると考ええる。その場面に、看護者がいかにかわるかも、不安解消への援助として、考えていかなければならないが、今後の課題としたい。

3) 母親の重荷を軽減するよう配慮する。

筆者らの調査資料の中に「児が入院したために母親が困ったこと¹⁰⁾」がある。

第10表 母親の物理的身体的問題点

子どもの入院に 起因した問題点	疾患別母親群		悪性腫瘍疾患		その他の疾患	
家族の世話ができない	11人	64.7%	104人	63.0%		
経済的負担	2	11.8	42	25.5		
職業その他の理由で常時付添えない	2	11.8	32	19.4		
付添っているために基本的欲求が満たされない	6	35.3	37	22.4		
その他	4	23.5	13	7.9		
無回答	1	5.9	15	9.1		

不安の原因として、いくつかの物理的条件も加味されていることがうかがわれる。子供の疾病名とは関係なく、60%強が家族の世話ができないことで困っている。母親の年齢、子供の入院期間の長短にかかわらず、この悩みが一番多い。日本の社会において、母親の役割は「家事」「育児」と一般的に認識されている。現代は職業婦人が多くなり、「家事」の一部を夫が分担する傾向にあるが、「育児」「家族の世話」を母親の役割分担外とする人は少ない。入院患児に付き添っていることは、他の家族に対して、妻的母親的役割ができないことで母親は悩み不安の一要因となっている。それゆえに看護者は、家族の他のメンバーに母親を支えてあげる人がいると、母親の重荷は軽くなることを説明し理解させる。

母親の睡眠、排泄、食事、清潔、性などの基本的欲求をみたしてやることも、情動不安反応の出現を低くすることになる。

4) 母親自身が不安の状態にあることを認知するよう援助する。

精神的身体的情動不安反応群は、その一つ一つが母親の自覚症状となっているものである。母親はそれらの反応群を、器質的な自分自身の病気の症状として、受けとめていることが多く、受診行動をおこしやすい。しかし、それらの反応群は、母親のパーソナリティーの中に葛藤が生じていて、不安が持続しているためのものであることを母親自身が感じとるように、われわれ看護者は働きかける。

5) 現実に対する洞察力を深めさせるように援助する。

母親がもっている種々の葛藤を母親自身が認知したならば、それらの葛藤は非合理的力や非合理的イメージが集合して、無意識のうちに、母親の意識の中へ侵入してきたときのあらわれであるということを看護者はよく熟知したうえで母親にそれを説明する。次いで葛藤がどのように発展したかを知るためや、どのような価値が脅やかされているかを理解するために、母親は学習し、意識領域の拡大をはかるように、看護者は援助する。

6) 直面している葛藤、危機、脅威に積極的に立ち向かうよう援助する。

Rollo May は：不安は葛藤が続いて起こっていることを示し、その葛藤があるかぎり、その不安は積極的に解決できる範囲のものであることがわかる¹¹⁾。恐怖や不安のような否定的感情は長い間にはさらに有力な建設的な感情によってのみ克服される¹²⁾。人間は前進して獲得できる価値の方が逃避して獲得できる価値より、はるかに大きいと確信したとき、避けたい不安に対して、建設的にしかも、主体的に立ち向かう覚悟をする¹³⁾。と説明している。

母親はわが子の病気に関して、いろいろのことを空想し、空想の中の未来を、こわごわ覗いて、わが子の病気という危機の廻りを空廻りし、現在をとびこえてしまいがちである。さきに述べた援助法4)、5)、のプロセスを経て、すなわち、不安の認知、葛藤の明確化をはかり、積極的、建設的に、その脅威にとり組むように援助していかなければならない。

第Ⅱ節4)の分析の結果では、母親が疾病に関する情報を得ようとして積極的に学習行動を起こしているが、それに比例して情動不安反応群の消失率が少ない結果から考えられることは、その学習活動の中に専門家がかかわっていなかったり、対医療従事者間コミュニケーションがとれなかったり、適切な医学書が選択されなかったりしたことなどが原因となる。したがって、正しい知識が得られる専門家の援助が必要である。

7) 患児にとって母親の存在の重要性や、責任を指摘し、母親の役割を認識させる。

母親は母親自身の存在が患児の助けになるか、否か、何もしてやることができないという無力感や挫折感を持っている。特に予後不良児の母親は、それが強い。患児にとって母親の存在の重要性和その役割を認識させ、可能なかぎり、患児の毎日のケアに参加してもらうようにする。ケアへの参加とは、しつけ、養護、日常生活の世話のことで、できるだけ、普通の子供のような生活の仕方を維持し、楽しみや、おどろきにみちた毎日を送れるようにしてやることである。ケアの方法は病気の進行や、治療、看護のさまたげにならないように実行されるように、看護者は母親に正しい方法を指導しなければならない。母親は正しい方法でケアに参加できたとき、母親として充実感を味わい、無力感や挫折感は緩和されるであろう。

8) 患児との死別後の母親に対する精神衛生上の予防手段を考慮した計画をたてる。

母親は、なぜ自分に、このような病気に苦しむ子供が生まれたのかという罪責感が根底にある場合が多く、予後不良児の母親ほどそれが強いものである。

罪責感が強い母親はもちろんであるが、最愛のわが子を失った母親は、あとの人生を生きる能力を損う可能性があるので、患児の予後が絶望的結果に終ることをも予測し、精神衛生上の予防手段を考慮した看護をしなければならない。

これまで患児をもつ母親の不安分析から、不安の緩和、解消への援助法について考えてきたのであるが、看護者が主体的に、不安のある母親とかかわればかかわるほど、看護者自身、そのプロセスにおいて、患児や母親、医師、その他の医療従事者との間で葛藤を生じ、不安にかられるかもしれない。しかし、母親への援助法と同じく、むづかしい問題だからと回避するのではなく、看護者は患児をもつ母親の危機や脅威に看護上から介入し、不安の緩和や解消に主体的看護を展開する姿勢を持ちたいものである。

終りに臨み、このアンケート調査に、ご協力いただいた、県立中央病院、森下稔恵婦長、県立看護学園、高谷嘉枝先生に、深く感謝の意を表する。

(本稿第Ⅱ節の一部は第12回小児看護学会で発表した原稿を修正したものである。)

引用文献

- 1) Rollo May. 小野泰博訳 不安の人間学 誠信書房 P.152
- 2) " " " " " P.163
- 3) M. Lader・懸田克躬他訳 現代精神医学大系6 A 中山書店 P.192
- 4) 大山正博 不安を理解する技術 臨床看護 Jun1981・6・Vol. 7 No 6. へるす出版
- 5) 今西一実, 山崎美恵子, 森田芳子他 悪性腫瘍疾患児をもつ母親の養育態度が子供の成長発達に及ぼす影響 第12回小児看護学会集録 P.143
- 6) Rollo May 不安の人間学 P.50
- 7) Virginia Henderson 湯楨ます他訳 看護の基本となるもの 日本看護協会出版会 P.22
- 8) Rollo May 不安の人間学 P.184
- 9) " " P.186~P.191
- 10) 今西一実, 山崎美恵子, 森田芳子他 第12回小児看護学会集録P.143
- 11) Rollo May 不安の人間学 P.186
- 12) " " P.189
- 13) " " P.189

参考文献

- 1) 井村恒郎監修: 臨床心理検査法 医学書院
- 2) 東 洋他編集: 心理学用語の基礎知識 有斐閣
- 3) 黒田実郎他編: 母子関係の理論 I, II 岩崎学術社
- 4) Ruth D. Abrams 著 吉森正善訳 がん患者の心 医学書院
- 5) Richard Lamerton 著 死の看護 メジカルフレンド社
- 6) 八木見監修, 松村義則編 講座心理学第12巻 異常心理学 東大出版会
- 7) 井村恒郎他編: 異常心理学講座第1巻 みすず書房

(高知女子大学看護学研究室・心理学研究室)